

Anonym

# Livsstilsendring etter hjerteinfarkt

Antall ord: 7546

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021



Anonym

# Livsstilsendring etter hjerteinfarkt

Antall ord: 7546

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden





# Sammendrag

**Bakgrunn:** I Norge lever om lag 21% av befolkningen med, eller er i høy risiko for å utvikle, hjerte- og karsykdom. De største risikofaktorene for å utvikle hjerteinfarkt er høy alder, hypertensjon, diabetes, røyking, overvekt, redusert fysisk aktivitet, lavt inntak av frukt og grønnsaker, og høyt inntak av alkohol. Dersom personer opprettholder en sunn livsstil vil risikoen for å utvikle hjerteinfarkt, og sjansen for nye infarkter, kunne reduseres betraktelig. Sykepleiere tilbringer mye tid sammen med pasienter og er derfor i en gunstig posisjon for å diskutere livsstilsendringer. Motiverende intervju er en metode for å øke pasienters egen motivasjon for endring, og øke deltakelse i tiltak og behandling for å bedre egen helse.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hva som var viktige faktorer for sykepleiere ved bruk av motiverende intervju, for å kunne øke pasientenes motivasjon for livsstilsendringer etter hjerteinfarkt.

**Metode:** Dette er en systematisk litteraturstudie basert på fem kvalitative, og to kvantitative forskningsartikler.

**Resultater:** Mange pasienter med hjerteinfarkt har mangelfull kunnskap etter innleggelse. Motiverende intervju kan ha effekt på formidling av informasjon, og for å motivere til livsstilsendringer. Sykepleiere og pasienter har flere samsvarende krav og ønsker til gjennomføring av motiverende intervju.

**Konklusjon:** Litteraturstudien viser at det finnes en rekke ønsker og krav fra både pasienter og sykepleiere angående gjennomføringen av motiverende intervju. Dersom sykepleiere benytter seg av disse faktorene kan det forbedre metoden, og dermed øke pasienters motivasjon til å endre livsstil.

**Nøkkelord:** Hjerteinfarkt, livsstil, motiverende intervju

# Abstract

**Background:** In Norway approximately 21% of the population have or are in risk of developing heart disease. The biggest risk factors of developing a myocardial infarction include old age, hypertension, diabetes, smoking, obesity, reduced physical activity, low intake of fruits and vegetables, and high intake of alcohol. If people maintain a healthy lifestyle, they can reduce the risk of getting a heart attack considerably. Nurses spend a lot of time together with the patients and are therefore in a good position to discuss lifestyle changes. Motivational interviewing is a method used to increase people's inner motivation for change, and to increase their participation in health promoting activities.

**Aim:** The aim of this systematic literature study is to research what is important factors nurses need to consider when using motivational interviewing, to be able to increase patient's motivation for lifestyle changes after a heart attack.

**Method:** This is a systematic literature study based on five qualitative, and two quantitative research studies.

**Results:** Many patients who have experienced a heart attack have a lack of knowledge during their admission to hospital. Motivational interviewing could affect how information is perceived and be able to motivate for lifestyle change. Nurses and patients have several similar demands and wished regarding the execution of motivational interviewing.

**Conclusion:** This systematic literature study shows that there are several wishes and demands coming from both patients and nurses when it comes to motivational interviewing. If the nurses use this knowledge, they might improve the method, and are able to increase the patient's motivation for lifestyle change.

**Key words:** Myocardial infarction, lifestyle, motivational interviewing

# Innhold

1. Innledning .....	7
1.1. Introduksjon og bakgrunn for tema .....	7
1.2. Formål og problemstilling .....	7
1.3. Teoretiske begreper.....	8
1.4. Teori .....	8
1.4.1. Hjerterinfarkt .....	8
1.4.2. Livsstil og endring av livsstil.....	9
1.4.3. Motiverende intervju .....	10
1.4.4. Motiverende intervju som metode .....	10
1.4.5. Menneske-til-menneske-forholdet .....	11
2. Metode.....	12
2.1. Beskrivelse av metode .....	12
2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	12
2.3. Søkehistorikk.....	12
2.4. Søketabell.....	13
Tabell 2.1 Søketabell.....	13
2.5. Kvalitetsvurdering .....	16
2.6. Analyse.....	16
Tabell 2.2 Analyse .....	17
3. Resultater.....	18
3.1. Artikkelmatrise .....	18
Tabell 3.1 Artikkelmatrise .....	18
3.2. Sammenfatning av resultater.....	24
3.2.1. Effekten av motiverende intervju på livsstilsendring .....	24
3.2.2. Manglende informasjon.....	24
3.2.3. Sykepleiers erfaringer .....	25
3.2.4. Pasientenes erfaringer.....	25
4. Diskusjon .....	27
4.1. Innledning.....	27
4.2. Drøfting .....	27
4.2.1. Mangelfull informasjon .....	27
4.2.2. Sykepleiere og pasienters erfaringer.....	28
4.2.3. Relasjon .....	29
4.2.4. Tidsbruk .....	29
4.3. Styrker og svakheter .....	30
4.4. Konklusjon .....	31
Referanser .....	32



# Tabeller

Tabell 2.1 Søketablell .....	13
Tabell 2.2 Analyse .....	17
Tabell 3.1 Artikkelmatrise .....	18



# 1. Innledning

I dette kapittelet introduseres bakgrunnen for valgt tema, og problemstillingen. Inkludert er teori om hjerteinfarkt, livsstil, motiverende intervju og Travelbee sin sykepleieteori om menneske-til-menneske-forhold. Teorien belyser problemstillingen og utdyper aktuelle temaer og begreper i oppgaven.

## 1.1. Introduksjon og bakgrunn for tema

Temaet for denne systematiske litteraturstudien var hjerteinfarkt, og sykepleieres rolle i å motivere til livsstilsendring i etterkant av infarkt. I Norge lever om lag 21% av befolkningen med, eller er i høy risiko for å utvikle, hjerte- og karsykdom. I spesialisthelsetjenesten behandles omtrent 40 000 tilfeller av hjertekramper og hjerteinfarkt i løpet av ett år. På grunn av forbedringer i medisinsk behandling, vil flere leve lengre med hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2020). I tillegg har befolkningen blitt betydelig eldre de siste årene. Antallet 67-79-åringer har økt med 42% fra 2009-2018, mens antallet over 90-år har økt med 29% i samme periode (Helsedirektoratet, 2020). De største risikofaktorene for å utvikle hjerteinfarkt er høy alder, hypertensjon, diabetes, røyking, overvekt, redusert fysisk aktivitet, lavt inntak av frukt og grønnsaker, og høyt inntak av alkohol (Wyller, 2019; Yusuf et al., 2004). Dersom personer opprettholder en sunn livsstil vil risikoen for å utvikle hjerteinfarkt, og sjansen for nye infarkter, kunne reduseres betraktelig. Selv om dette er kjent informasjon, er det mange i risikozonen som ikke endrer atferden sin (Lee et al., 2016).

Motiverende intervju (MI) ble utviklet av psykologene William Miller og Stephen Rollnick i 1983 som en teknikk for å motivere personer med alkoholproblemer til å slutte å drikke. Metoden forsøker å styrke pasienters egen motivasjon for endring, og øke deltakelse i tiltak og behandling for å bedre egen helse. Etter hvert begynte de å teste metoden hos pasienter med andre problemer, som kronisk sykdom. Atferdsendringer er nødvendige for å forhindre og behandle sykdom, og for å opprettholde helse (Miller & Rollnick, 2016). Helsepersonell, og kanskje spesielt sykepleiere, har en viktig rolle i dette arbeidet. Sykepleiere tilbringer mye tid sammen med pasienter og er derfor i en gunstig posisjon for å diskutere livsstilsendringer. Dersom sykepleiere arbeider for å styrke motivasjonen for livsstilsendring hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, kan det være med på å forebygge nye infarkter, og redusere reinnleggelser og dødelighet (Boyde et al., 2015; Dobber et al., 2019).

## 1.2. Formål og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hva som var viktige faktorer for sykepleiere ved bruk av motiverende intervju, for å kunne øke pasientenes motivasjon for livsstilsendringer etter hjerteinfarkt.

På bakgrunn av hensikten har jeg valgt følgende problemstilling:

*«Hvordan kan sykepleier gjennom motiverende intervju bidra til livsstilsendringer hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?»*

## 1.3. Teoretiske begreper

### Hjerteinfarkt:

Hjerteinfarkt skyldes oppbygning av aterosklerotisk plakk som kan danne en blodpropp i åreveggen i en koronararterie. Dersom åren blokkeres helt eller delvis vil det forårsake redusert blodgjennomstrømming til delen av hjertet åren forsyner, og skape oksygenmangel og dermed irreversibel muskelskade (Mæland, 2006).

### Livsstil:

Livsstil defineres av Milio (1986) som «atferdsmønstre valgt blant de alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ framfor et annet» (Milio, 1986, s. 73).

### Motiverende intervju:

Motiverende intervju er en metode utviklet av Miller og Rollnick. Målet med metoden er å styrke personens indre motivasjon til å skape positive livsstilsendringer. Dette blir gjort gjennom samtaler mellom personen med behov for endring, og den profesjonelle hjelperen. Det er personene som skal «snakke seg selv» til endring, og selv bestemme når, hvor og hvordan det skal gjennomføres, med assistanse og støtte fra en hjelper. I denne oppgaven vil motiverende intervju forkortes til «MI» (Miller & Rollnick, 2016).

## 1.4. Teori

### 1.4.1.Hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt oppstår når en av koronararteriene blir blokkert av en blodpropp. Blodpropper blir til når det danner seg aterosklerotisk plakk, oppbygd av hvite blodceller, fettstoffer og bindevevsfibrer i åreveggen. Over tid kan plakket bygge seg opp og forhindre tilstrekkelig blodstrøm gjennom åren, da oppstår det iskemi, manglende oksygentilførsel. En annen konsekvens av aterosklerose kan være at en del av endotellaget, altså oppbygningen av plakk, løsner. Det dannes da en trombe, som føres med blodstrømmen og kan blokkere mindre årer. Dermed vil organet åren forsyner ikke få tilgang på oksygen (Wyller, 2019). I hjertets kransarterier kan en slik trombe føre til stans eller reduksjon i blodtilførselen til deler av hjertet, avhengig av hvilken åre som påvirkes. Alvorlig iskemi i hjertet skaper en irreversibel celledskade på myokard, som er hjertets muskellag, og reduserer dermed funksjonen. Utfallet av skaden er avhengig av hvilken del av myokard, og hvor stort område som er ødelagt (Mæland, 2006; Wyller, 2019). Risikofaktorer for å utvikle aterosklerose inkluderer høy alder, da endotelcellene ikke lengre er like motstandsdyktige mot skade. Menn er mer utsatt enn kvinner, og har ofte sykdomsdebut tidligere. Høyt blodtrykk, hypertensjon, skaper mer belastning på åreveggen, som videre kan øydelegge endotellaget. Hyperkolesterolemi, høyt kolesterolnivå i blodet, er skadelig da dette fettstoffet raskt kan binde seg til åreveggen og bygge seg opp. Fettholdig kosthold vil øke mengden kolesterol i blodet. Diabetes kan skape større risiko da det er mulig at høyt blodsukker kan skade endotelcellene. Både overvekt og inaktivitet disponerer personer for diabetes, i tillegg til at det kan være med på å øke blodtrykket (Wyller, 2019).

### 1.4.2. Livsstil og endring av livsstil

Livsstil er mer enn enkelthandlinger. Hos noen er valgene sterkt basert på grupper man tilhører, mens hos andre personer kan de være mer individuelle, og selvvalgte. Valg av livsstil er knyttet til sosiale forhold, utdanning, bakgrunn og kjønn. Det kan være forhold som personer ikke har kontroll over, eller som de føler de ikke kan bestemme over selv. I den vestlige delen av verden har samfunnsutviklingen påvirket valgene personer tar i forhold til sin livsstil. For å leve et sunt liv, må det tas aktive valg for å opprettholde et godt kosthold og være fysisk aktiv. Valgene personer tar vil være med på å fylle behov, være et verktøy for å mestre situasjoner eller redusere ubehag. Konsekvensene kan være både negative og positive for personens helse. Risikoatferd betegner atferd som er ment å hjelpe personen å håndtere situasjonen de står i, men som kan være helseskadelig over tid. Det finnes flere forhold som påvirker om en person trekkes mot risikoatferd. Det kan være familieforhold, psykisk helse eller akutte kriser som forårsaker uheldige valg. Og det kan være vanskelig å bryte ut av atferden uten hjelp fra for eksempel en sykepleier som tar personen på alvor. På den andre siden finner man helseatferd, som er valg som fremmer helse (Kristoffersen, 2016).

Under endring av livsstil finner vi begrepet «health literacy», eller helseinformasjonsforståelse på norsk. Det beskriver enkeltpersoners evne til å tilegne seg helsekunnskap og kritisk vurdere og diskutere helseråd som blir gitt, for å kunne bedre egen helse. Helseinformasjonsforståelse deles inn i fire nivåer, der det første er «finne». Her har pasienten tilstrekkelige lese- og skriveferdigheter til å kunne forstå enkle råd som blir gitt, som bruksanvisninger og forenklet muntlig informasjon om behandling. I tillegg til å kunne søke opp informasjon om sine helseproblemer. Videre finner man «forstå», der pasienten har gode kommunikasjonsferdigheter og kan stille spørsmål, vite hvor man skal henvende seg, og klarer å bruke ulike deler av helsevesenet på en nyttig måte. Det neste nivået er «vurdere». Da klarer pasienten å stille seg kritisk til den informasjonen han får, og kan vurdere informasjon fra media og internett. Siste nivå er «bruke», her kan personen bruke informasjonen for å gjennomføre helsefremmende tiltak. Sykepleiere møter pasienter med ulike forutsetninger for å motta informasjon, og mange pasienter kan forstå mindre enn det sykepleiere tror (Kristoffersen, 2016).

Hjerte- og karsykdom blir betegnet som livsstilssykdommer, ettersom de kan sees i sammenheng med personens levevaner og samfunnsforhold (Nylenna, 2020). Ved hjerte- og karsykdom finnes det en rekke risikofaktorer som påvirkes av livsstil. «For personer med høy risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer vil helhetlige livsstilsintervensjoner kunne føre til redusert sykkelighet og dødelighet» (Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 187). Fysisk aktivitet kan redusere oppbygningen av aterosklerotisk plakk, og gjenopprette funksjonen til endotelcellene. I tillegg kan aktivitet forbedre myokardperfusjon, bedre symptomer og redusere dødelighet (Lerdal & Fagermoen, 2011). Sunt kosthold og vektreduksjon påvirker kolesterolnivået og reduserer mengden LDL-kolesterol som transporterer fettstoffer i blodet. Resultatet blir mindre fettstoffer som kan bygge seg opp i åreveggen. Overvekt kan også føre til lavere aktivitetsnivå og øke sjansen for utvikling av diabetes og høyt blodtrykk (Mæland, 2006). Røykeslutt kan begrense tilbakefall etter PCI-behandling, utblokking av årer med hjelp av stent (Lerdal & Fagermoen, 2011), og bypassoperasjoner der blodstrømmen føres forbi et blokkert området. Nikotin i sigaretter gjør at årene trekker seg sammen, og øker belastningen på hjertet, i tillegg til å redusere lungefunksjon og dermed fysisk belastning (Mæland, 2006).

### 1.4.3.Motiverende intervju

Motiverende intervju, er en metode som blir brukt for å motivere personer til livsstilsendring. «MI er en samarbeidsbasert samtalestil som har som mål å styrke en persons indre motivasjon for, og forpliktelse overfor, endring» (Miller & Rollnick, 2016, s.38). Denne metoden kan benyttes av helsepersonell for å bidra til endring av livsstil hos pasienter med blant annet ruslidelser og kronisk sykdom (Martins & McNeil, 2009). Metoden baserer seg på samtaler om forandring, og kan blant annet være samtaler mellom sykepleier som den profesjonelle hjelperen, og pasienter med behov for endring. Samtalene begir seg inn på tema om forandring for å få pasienten til å tenke selv, og for å gjennomføre endringer med hensyn til sine egne holdninger og verdier. Målet er at pasienten skal snakke seg selv til endring, og selv ønske å endre seg (Miller & Rollnick, 2016).

Ambivalens er definert som «flere og motstridende meninger eller oppfatninger av noe» (Malt, 2019), og oppstår hyppig ved samtaler om forandring. Pasienter kan se gode sider ved endring av livsstil, men også gode sider ved å fortsette som tidligere. Ambivalens er normalt når en person er på vei mot endringer, men kan være vanskelig å forholde seg til. I denne tilstanden går personen fram og tilbake mellom å gjøre endringer eller ikke, men personen har startet å se en grunn til endring. For pasienter kan det være utfordrende å stå mellom to valg. Pasienten må ta et valg om hvilken side han ønsker å være på, og holde seg til den, for å komme seg videre. Som hjelper i MI er det ønskelig å få pasienten på riktig vei, bort fra usunne vaner eller dårlige valg, men her kan det raskt gå over i korrigerende. En ambivalent pasient argumenterer for begge sider av saken, men dersom han blir korrigert kan det føre til at pasienten gjør motstand eller forneker at han har et problem (Miller & Rollnick, 2016).

### 1.4.4.Motiverende intervju som metode

Motiverende intervju er delt i fire prosesser; engasjere, fokusere, framkalle og planlegge. Disse prosessene kommer ikke nødvendigvis i rekkefølge, men kan flytte over i hverandre under samtalen. Før sykepleier kan starte motiverende intervju, må det være en relasjon og et samarbeid mellom partene. Relasjonen er viktig for å engasjere pasienten, og engasjementet er en forutsetning for å bevege seg videre mot endring. Når pasienten kommer inn til samtaler er det ofte et behov for endring, og det er dette samtalen fokuserer på. Fokuseringen legger til rette for retningen samtalen går i, og det kan være ett eller flere mål om endring. Når endringsmålene er satt, blir sykepleiers oppgave å framkalle pasientens indre motivasjon for endring. Målet er at pasienten selv skal argumentere for hvorfor det er nødvendig med forandring. Her er det viktig at sykepleier ikke korrigerer eller forteller pasienten hva han skal gjøre. Dette er med mindre pasienten allerede er svært motivert og kommer for å søke råd. Når prosessen har nådd siste fasen skal pasienten være motivert, og kan starte å prate om hvordan, og når, endringen skal skje. Det legges en konkret handlingsplan, og dermed en forpliktelse for forandring, men det kan fortsatt oppstå problemer og hindringer på veien. Planleggingen er, som de tre andre temaene, noe man ofte må komme tilbake til underveis i prosessen (Miller & Rollnick, 2016).

I tillegg til fasene, finnes det grunnferdigheter i kommunikasjon for den praktiske gjennomføring av motiverende intervju. Kommunikasjonsferdighetene brukes i

prosessene nevnt over, og benyttes i varierende grad avhengig av samtalen. Åpne spørsmål er det første punktet, og med det ønsker sykepleier å få pasienten til å reflektere og utdype rundt sin situasjon. Her er ikke hovedmålet å hente ut informasjon, men å styrke relasjonen i samarbeidet, planlegge hva som skal skje videre og å få fram motivasjon til endring. Videre kommer bekreftelse. Det er pasienten som er i fokus, og målet er at han selv skal skape og gjennomføre endringer. Da er det sykepleiers rolle å gi gode tilbakemeldinger, og styrke pasienten i arbeidet. Det krever en grunnleggende respekt og anerkjennelse av pasientens sine styrker, vilje til å endre seg og innsats. En annen grunnferdighet er refleksiv lytting, der sykepleier forsøker å gjette hva pasienten mener. Det kan gi pasienten mulighet til å snakke, reflektere og utforske videre rundt utvalgte tema i samtalen. Oppsummering er den neste ferdigheten, her samler sykepleier det samtalen har handlet om, og kan trekke inn punkter fra tidligere for å øke pasientens forståelse. Det kan også vise pasienten at sykepleier lytter og anerkjenner det som har blitt fortalt. Oppsummering gjør det mulig for pasienten å legge til punkter som ikke har blitt sagt, og er en lengre refleksjon rundt endringen. Til slutt er det informasjon og rådgivning, som hovedsakelig blir gitt dersom pasienten selv ber om det, eller dersom sykepleier har bedt om tillatelse. Rådene skal ikke være autoritære eller belærende, men komme som forslag som pasienten selv velger om de vil følge (Miller & Rollnick, 2016).

#### 1.4.5. Menneske-til-menneske-forholdet

Joyce Travelbee skrev i sin sykepleieteori at det er sykepleiers oppgave å danne et menneske-til-menneske-forhold med pasientene. Teorien er en motsetning til sykepleier-pasient-interaksjonen, der de ulike partene ser på hverandre i rollen som sykepleier og som syk, ikke som unike individ. Hun mente at «sykepleier»- og «pasient»-titlene hindret personene å danne en reel kontakt, og gjør at de ikke når fram til hverandre. Sykepleier skal ikke se på pasienten som stereotypi av «alle pasienter» eller «et romnummer», på samme måte som pasienten ikke skal se på sykepleier som «alle sykepleiere». Partene oppfattes og behandles som unike individ, forskjellige fra andre. Menneske-til-menneske-forholdet er en rekke erfaringer, som har betydning for begge parter, både sykepleier og pasienten. Pasienten har behov for sykepleiers hjelp, men forholdet er gjensidig viktig, og oppfyller behov hos begge. Travelbee mente at det ikke var realistisk at sykepleier kun skulle dekke pasienters behov, de trenger også å få dekket egne. Videre mente hun at sykepleiernes behov ble dekket gjennom relasjonen, og den meningsfulle kontakten til de syke og til kollegaer. I forholdet er det sykepleier som har oppgaven å etablere og holde det ved like, men pasienten er med å bygge det opp (Travelbee, 2001).

Menneske-til-menneske-forholdet er delt inn i fem interaksjonsfaser. Det starter med det første møtet der sykepleier og pasient får et inntrykk av hverandre, ofte bygd på stereotyper og forutsette oppfatninger. De får også bygd et inntrykk av den andre gjennom observasjon og interaksjon. Etter en stund vil de gå over i andre fase, framvekst av identiteter, der partene kan se personligheten og identiteten til den andre. Sykepleier får økt forståelse for pasientens situasjon, og pasienten ser på sykepleier utenfor den profesjonelle rollen. Fase tre er empati, som kommer etter hvert som de deler og forstår hverandre, og dermed bygger en nærhet. Sympati er fase fire, som kommer av empatien. Sykepleier tar del i pasientens lidelse, har bygd en nærhet til personen, og ønsker å hjelpe. Siste fase er gjensidig forståelse og kontakt som er et resultat av det sykepleier og pasient har dannet, der de deler holdninger, følelser og tanker. Sammen har de delt erfaringer som begge opplever som meningsfulle og betydningsfulle (Kirkevold, 1998).

## 2. Metode

Metodekapittelet består av beskrivelse av metode, inklusjons- og eksklusjonskriterier, og kvalitetsvurdering og analyse av forskningsartiklene. Det er også beskrevet søkehistorikk og utformet en søketabell.

### 2.1. Beskrivelse av metode

Opgaven er en litteraturstudie som baserer seg på eksisterende forskning, teori, pensumlitteratur og fagkunnskap (Dalland, 2017). Det ble gjennomført systematiske søk ved hjelp av STEG litteratursøk og søkeordene ble satt inn i et PICO-skjema. Bibliotekets nettsider ble brukt for å finne aktuelle databaser, og systematisere søkeord. Dette gjorde det lettere å finne fram til relevante forskningsartikler for oppgaven. I litteraturstudien ble det inkludert syv artikler; fem var kvalitative og to var kvantitative. I tillegg baserer oppgaven seg på pensumlitteratur og annen relevant faglitteratur.

### 2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søkene ble gjennomført med flere inklusjons- og eksklusjonskriterier. Alle artiklene måtte være publiserte i fagfelleurderte tidsskrifter, ha IMRAD-struktur og være utgitt mellom 2011-2021. Studiene måtte også være etisk godkjente. Samtlige artikler var på engelsk, men det ble også søkt etter norskspråklige artikler. Deltakerne i studiene måtte være voksne, over 18 år og av begge kjønn. Artikler som kun omhandlet ett kjønn, pasienter under 18 år og som var eldre enn ti år gamle ble ekskludert.

### 2.3. Søkehistorikk

Databasene som ble brukt var Cinahl, Pubmed og Medline der det ble gjort systematiske søk. I tillegg til et håndsøk i Oria. I forkant av søkene ble aktuelle ord satt inn i et PICO-skjema som hjelpemiddel for å få bedre oversikt og mer oversiktlige søk. Cinahl ble brukt da databasen inneholder artikler relatert til sykepleiefaget, og Medline og Pubmed da de har innhold fra medisinske og helsevitenskaplige tidsskrifter. Første søk ble gjennomført i Cinahl med søkeordene «myocardial infarction» og «cardiovascular disease», kombinert med «OR», «motivational interviewing» og «nurse» eller «nursing», også kombinert. Her fant jeg en studie jeg ønsket å bruke etter å ha lest gjennom titlene på artiklene, og valgt ut de som virket mest relevant. Videre ble det søkt i Medline, med mer søkelys på livsstil, pasienter og motiverende intervju. Her ble ikke hjertesykdom inkludert. Det ble plukket ut en artikkel fra resultatene. Neste søk i Pubmed var en kombinasjon av de to første, og ga to artikler som ble inkludert. I Oria ble det gjort et håndsøk med søkeordene «myocardial infarction», «motivational interviewing», «lifestyle» og «nurs\*». Det ble avgrenset til fagfelleurderte tidsskrift og artikler utgitt mellom 2011-2021. Artikkelen som ble valgt ut, var en av de øverste i resultatlisten. Den ble inkludert på grunn av sitt sykepleieperspektiv og bruk av motiverende intervju, som var relevant for oppgaven. Nytt systematisk søk ble gjennomført i Medline, med nye ord som var mer rettet mot informasjon og livsstil. Av resultatene ble én med i samlingen av artikler. Etter å ha fått opp mye av de samme artiklene i de andre databasene, ble siste søk i Cinahl et



likt søk som i Medline, men inkluderte hjertesykdom og «sunn livsstil». Fra dette søket ble den siste av totalt syv artikler hentet.

## 2.4. Søketabell

**Tabell 2.1 Søketabell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	21.04	S1.	(MH «Myocardial infarction»)		67272	
		S2.	(MH «Cardiovascular disease»)		635607	
		S3.	S1 OR S2		644950	
		S4.	(MH «Motivational interviewing»)		4933	
		S5.	«Nurse»		299243	
		S6.	«Nursing»		751697	
		S7.	S5 OR S6		861106	
		S8.	S3 AND S4 AND S7		93	
				2011-2021	72	<b>1 (A)</b>
Medline	21.04	S1.	(MH «Motivational interviewing»)		4874	
		S2.	«Nurs*»		754804	
		S3.	«Lifestyle»		168691	
		S4.	«Patient*»		7474579	
		S5.	S1 AND S2 AND S3 AND S4		94	

				2011-2021	69	1 (B)
Pubmed	29.04	S1.	(MH «Myocardial infarction OR Cardiovascular disease»)		46858	
		S2.	«Nurs*»		16268	
		S3.	(MH «Motivational interviewing»)		1234	
		S4.	S1 AND S2 AND S3		35	2 (C, D)
Oria Håndsök	03.05	S1.	"Myocardial infarction AND Nurs* AND Motivational interviewing" AND "lifestyle"		908	
				2011-2021 + Fagfelleverdert tidsskrift	564	1 (E)
Medline	03.05	S1.	(MH «Myocardial infarction»)		257859	
		S2.	«Healthy lifestyle»		13973	
		S3.	(MH «Life style changes»)		92	
		S4.	S2 OR S3		14064	
		S5.	«Health Information»		30226	
		S6.	«Information»		1368231	
		S7.	S5 OR S6		1373961	
		S8.	S1 AND S4 AND S7		15	1 (F)
Cinahl	05.05	S1.	(MH «Myocardial infarction»)		67272	
		S2.	(MH «Acute coronary syndrome»)		10673	

		S3.	S1 OR S2		74489	
		S4.	(MH «Life style changes”) OR “lifestyle changes”		15595	
		S5.	«Healthy lifestyle»		46072	
		S6.	S4 OR S5		59907	
		S7.	«Information»		558811	
		S8.	«Patient information»		4109	
		S9.	S7 OR S8		558811	
		S10.	S3 AND S6 AND S9		78	
				2011-2021	37	1 (G)

**Inkluderte artikler:**

- A) Dobber et al., 2019, Developing nurses’ skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease. (2019). *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(1), 28–37
- B) Brobeck et al., 2014, Patients’ experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: A qualitative study. (2014). *BMC Nursing*, 13(1), 13–13
- C) O’Brien et al., 2014, Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. (2014). *Patient Education and Counseling*, 96(2), 179–187
- D) Bredie et al., 2011, Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for Smoking Cessation in High Risk Cardiovascular Outpatients: A Randomized Trial. (2011). *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 174–179
- E) Brobeck et al., 2011, Primary healthcare nurses’ experiences with motivational interviewing in health promotion practice. (2011). *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3322–3330

- F) Boyde et al., 2015, What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? (2015). *Australian Critical Care*, 28(3), 134–139
- G) Nicolai et al., 2018, To change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. (2018). *Chronic Illness*, 14(1), 25–41

## 2.5. Kvalitetsvurdering

Alle de inkluderte artiklene var etisk godkjente, og hadde IMRAD-struktur. Artiklenes tidsskrifter ble sjekket på Norsk senter for forskningsdata sine nettsider. Her kom det fram om de hadde fagfellebedømming, og om de var på nivå 1 eller 2, der nivå 2 var de mest kvalitetssikrede kanalene (UiO, 2020). Fem av artiklene var publisert på første nivå, og to var på andre. Under utvelgelsen ble artiklene vurdert ut ifra sjekklisten på Helsebiblioteket sine nettsider (Helsebiblioteket, u.å) for å se om artiklene var av kvalitet og holdt god standard. Fem av studiene hadde et kvalitativt design, og to var kvantitative. Artiklene var hovedsakelig kvalitative da de gikk i dybden og snakket direkte med deltakerne for å øke forståelsen for temaet. Disse studiene gir ikke målbare data, men omfatter opplevelser og meninger. Dette var relevant for å forstå personers opplevelse av MI, og hva som ses på som viktige faktorer i bruk av teknikken. Imidlertid valgte jeg å inkludere to kvantitative randomiserte kontrollstudier, da de hadde tema relevant for oppgaven. Studiene inkluderte sammenligning av en kontrollgruppe og en tiltaksgruppe, som ga målbare data, og viste til forskjellene som oppstår i de to gruppene, samt effekten av intervensjonen (Dalland, 2017).

## 2.6. Analyse

For å analysere artiklene brukte jeg Evans' analysemodell. Modellen er delt i fire faser, der den første var å samle de aktuelle studiene som kan tenkes å være med i oppgaven. Prosessen innebærer å finne ut hva jeg ønsket å undersøke, lage inklusjons- og eksklusjonskriterier, som beskrevet tidligere, før jeg gjorde søk i aktuelle databaser. Jeg fant syv studier jeg ønsket å inkludere i oppgaven. Disse ble vurdert ut ifra visse kriterier, som nevnt over, i tillegg til sin relevans for problemstillingen. De utvalgte artiklene ble merket med bokstaver fra A-G.

I fase to ble de aktuelle artiklene lest gjennom for å danne et overblikk over studiene. Det ble markert viktige funn som hadde relevans til oppgaven. Hovedtemaene som gikk igjen i artiklene ble plassert i en tabell.

I fase tre sammenlignet jeg hovedfunnene i de ulike studiene for å finne fellestrekk mellom disse. Forskjellene mellom dem ble også sammenlignet for å se om noen hadde ulike funn rundt samme tematikk. Nøkkelfunnene ble grupperte og satt inn i tabellen under det aktuelle hovedtemaet. Tabellen ga en god oversikt over hvilke artikler som hadde like tema. Dette gjorde det også lettere å systematisere resultatdelen.

**Tabell 2.2 Analyse**

Hovedtema	Artikler
Effekt av motiverende intervju på livsstilsendring	B, C, D, E
Manglende informasjon	C, F, G
Sykepleieres erfaringer	A, E
Pasienters erfaringer	B, G

I fjerde og siste fase skal funnene beskrives, dette ble gjort i kapittel 3. av oppgaven, resultatdelen (Evans, 2002).

## 3. Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra de utvalgte artiklene i en artikkelmatrise. Videre sammenfattes og systematiseres resultatene etter analysetabellen i metodekapittelet.

### 3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p><b>A)</b>  <b>Dobber, J., Latour, C., Snaterse, M., van Meijel, B., ter Riet, G., Scholte og Reimer, W., &amp; Peters, R. (2019). Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology. 18(1), 28–37.</i></b></p>	<p>Hensikten med studien var å finne ut om oppfølging og tilbakemelding til sykepleiere på gjennomføringen av MI, kan øke kompetansen på, og effektiviteten av samtalen. Og om dette hadde effekt på det forebyggende arbeidet. I tillegg til å finne ut om det er utfordringer sykepleiere møter under samtalene, og om disse kan reduseres ved hjelp av tilbakemeldinger.</p>	<p>Kvalitativt før- og etter studie. Sykepleierne startet med tre timers kurs i MI, for å lære grunnleggende ferdigheter, og ble fulgt opp tre ganger i løpet av ett år. Sykepleierne hentet inn samtykke fra pasienter for å spille inn lydopptak av samtaler om livsstilsendring på poliklinikken. Deretter fikk sykepleierne veiledning og tilbakemelding på lydopptakene fra et team. Vurderingen var basert på Motivational Interviewing Target Scheme</p>	<p>I løpet av studiet forbedret sykepleierne seg fra å praktisere MI i liten grad, til å benytte det mer konsekvent i arbeidet. Sykepleierne var fornøyde med studiets gjennomførelse, innhold og organisering. Og det viste at å forbedre kunnskaper ikke nødvendigvis er tidkrevende arbeid. Studiet hjalp sykepleierne å reflektere og diskutere rundt pasienters ambivalens når det var samtaler om</p>	<p>Studiet viste at sykepleierne var fornøyde med teknikken samt tilbakemeldingene. Det viste at oppfølging og oppfriskning av kunnskaper kan være viktig for å sikre gjennomførelse av kvalitet til pasientene. Det ble ikke satt av mye tid til tilbakemeldingene, noe som kan tyde på at å forbedre ferdighetene ikke er tidkrevende. Resultatene angående problemene sykepleierne opplevde vil ikke bli satt fokus på i oppgaven.</p>

		(MITS), et verktøy for å bedømme bruk av MI i samtaler. 24 kardiologiske sykepleiere fra Nederland deltok, og 13 gjennomførte alle tre intervjuene.	livsstilsendringer. Det ble også økt fokus på pasientens opplevelse av å være i kontroll over situasjonen.	
<b>B) Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H., &amp; Hildingh, C. (2014). Patients experience of lifestyle discussions based on motivational interviewing: A qualitative study. BMC Nursing, 13(1), 13-13.</b>	Studiets hensikt var å beskrive hvordan pasienter i primærhelsetjenesten opplevde diskusjon om livsstilsendring, basert på motiverende intervju. Da det er mangel på studier om pasienters opplevelse. Studie av pasienters opplevelser kan være med på å øke kunnskap rundt hva som er viktig for pasientene når det kommer til livsstilsendring.	Det er en studie fra Sverige, der 16 pasienter gjennomgikk kvalitative intervjuer med forskerne om sine MI med sykepleiere. Sykepleierne var fordelt på 13 forskjellige helseinstitusjoner, og arbeidet med helsefremming og forebygging. Sykepleierne hadde gjennomgått kurs i MI, og hadde praktisert dette mellom 3-10år. Pasientene var mellom 28-77år, som hadde vært minst tre ganger til samtale om livsstilsendring med sykepleier tidligere.	Samtaler rundt livsstilsendringer kan i følge pasientene styrke selvbestemmelser, men for å oppnå best mulig utbytte av samtalerne hadde de flere krav. Pasientene ønsket gjensidig interaksjon mellom sykepleier og pasient, som fører til følelse av velvære. Dersom pasientens eget initiativ ble støttet og det ikke ble lagt press på, så kunne samtalerne bidra til endring i livsstilen.	Studiet omhandler pasienters opplevelser, og hva de synes var viktig for å kunne endre livsstil ved bruk av MI. Dette kan være nyttig informasjon for sykepleiere i arbeid med å forbedre og forstå hva som må til for å kunne motivere pasienter til livsstilsendring. Dette studiet baserer seg på pasienter som selv uttrykker at de er motiverte til livsstilsendring fra før, og som allerede deltar på samtaler. Det er ikke lagt vekt på pasienter som har falt av tilbudet, eller som ikke har den samme motivasjonen.

				Det er ukjent om det kan være på grunn av MI eller av andre årsaker.
<p><b>C)</b>  <b>O'Brien, F., McKee, G., Mooney, M., O'Donnell, S., &amp; Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes, and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. <i>Patient Education and Counseling. 96(2), 179–187.</i></b></p>	<p>Hensikt med studien var å teste hvordan individuelt tilpassede tiltak og informasjon kan påvirke kunnskap, holdninger og oppfatninger om akutt koronarsykdom, blant pasienter som har nylig blitt diagnostisert på sykehus. Og hvor vidt pasientene husket informasjonen som ble gitt.</p>	<p>Kvantitativ randomisert kontrollert studie. Studien ble gjennomført på 1947 pasienter diagnostisert med akutt koronarsykdom, på fem ulike sykehus i Irland. Begge gruppene fikk den vanlige informasjonen på sykehuset, og tiltaksgruppen med tilfeldig utvalgte pasienter fikk 40min en-til-en veiledning og undervisning med bruk av MI. Deltakerne fikk utdelt en spørreundersøkelse tre og 12 måneder etter informasjonen var gitt, for å måle endringer i kunnskap, holdninger og oppfatninger.</p>	<p>Studiet viser at individuelt tilpasset informasjon og veiledning med hjelp av MI kan forbedre pasientens kunnskap om symptomer og risikofaktorer. I tillegg til å endre holdninger og oppfatninger om akutt koronarsykdom. I kontrollgruppen økte ikke kunnskapen på samme måte som i tiltaksgruppen som fikk individuell veiledning, men holdninger og oppfatninger økte hos begge.</p>	<p>En kort og effektiv individuelt tilpasset informasjons økt kan brukes av sykepleiere for å øke pasientens kunnskaper om sin egen lidelse. Dette kan hjelpe pasientene å få økt kontroll over sin egen sykdom, og forståelse for hva den innebærer. Bruken av MI er ikke utdypet i denne oppgaven, men studiet viser til at teknikken kan ha økt empatien mellom pasient og sykepleier, og ført til at pasientene var mer mottagelige for informasjonen som ble gitt.</p>
<p><b>D)</b>  <b>Bredie, S. J. H., Fouwels, A. J., Wollersheim, H., &amp; Schippers, G. M. (2011).</b></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke om motiverende intervju var gjennomførbart og effektivt for å</p>	<p>Kvantitativ randomisert kontrollert studie gjennomført i Nederland. Deltakerne var</p>	<p>Etter tre måneder hadde 26% av pasientene i tiltaksgruppen som fikk MI sluttet å</p>	<p>Studiet viser at MI gjennomført av sykepleiere eller lege kan gjøre en forskjell i arbeid med å endre</p>



<p><b>Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for Smoking Cessation in High Risk Cardiovascular Outpatients: A Randomized Trial. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing, 10(3), 174–179.</i></b></p>	<p>motivere til røykeslutt hos pasienter i risikozonen for å utvikle hjertesykdom. MI blir i studien brukt i tillegg til rutinemessig kartlegging av livsstil.</p>	<p>88 pasienter med hjertesykdom eller i risiko for å utvikle det, som røyket. Deltakerne ble delt i to grupper, en fikk standard samtale, og kartlegging av behov for livsstilsendring. Den andre gruppen fikk i tillegg MI fra sykepleier rettet mot endring. Det ble kartlagt hvor mange som sluttet å røyke etter samtalene. Pasientene ble fulgt opp tre måneder etter første samtale.</p>	<p>røyke. Og 31% hadde redusert antall sigaretter de røyket i løpet av en dag. I kontrollgruppen hadde 7% sluttet, og 15% redusert antall sigaretter. Det kan vise at motiverende intervju i tillegg til kartlegging, tilbakemelding og veiledning fra lege og sykepleier kan øke antall pasienter som sluttet å røyke.</p>	<p>livsstil til pasienter i risikozonen for å utvikle hjertesykdom. Dette studiet var kort, med få pasienter og hadde kun ett enkelt fokusområde. Det bør også tas inn i vurderingen de pasientene som ikke ønsket å delta eller å slutte å røyke, som forlot studien. Det kan tyde på at pasientene som deltok i utgangspunktet var motiverte for endring.</p>
<p><b>E) Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., &amp; Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. <i>Journal of Clinical Nursing, 20(23-24), 3322–</i></b></p>	<p>Studiet undersøkte hvordan sykepleiere oppfattet å bruke motiverende intervju som verktøy for å bedre helsen til pasienter. I tillegg til hvilke erfaringer sykepleierne hadde med bruk av MI i helsefremmende og forebyggende arbeid.</p>	<p>Kvalitativ metode. Det ble gjennomført intervjuer av 20 sykepleiere som arbeidet med pasienter med behov for livsstilsendring, på 13 ulike helseinstitusjoner i Sverige. Alle sykepleierne hadde trening i bruk av motiverende intervju, og hadde praktisert det</p>	<p>Studie viste at sykepleierne opplevde MI som en krevende, men nyttig og givende metode, som øker pasientens bevissthet rundt sin egen situasjon. Det kan være et nyttig verktøy i helsefremming hos pasientene. Sykepleierne</p>	<p>Studiet viste til relevansen metoden har i praksis, og at sykepleierne som ble intervjuet mener det kan ha en positiv effekt på helsefremming hos pasienter med livsstils utfordringer. Det trekkes også fram i resultatdelen ulike punkter som både kan være positivt</p>

3330.		mellom 3-10 år. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne.	mente også at det må legges inn innsats for å opprettholde metoden, og at de raskt kunne falle tilbake til gamle vaner med å kun gi råd, og ikke motivere.	og negativt ved bruk av teknikken, som kan være relevant for å forstå hvordan metoden best kan benyttes i sykepleieres arbeid.
<p><b>F) Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., Jiggins, L., &amp; Aitken, L. (2015). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? <i>Australian Critical Care</i>, 28(3), 134–139.</b></p>	<p>Studiets hensikt var å undersøke hvilke om pasienter som har blitt diagnostisert med akutt hjerteinfarkt har gode nok kunnskaper knyttet til risikofaktorer og symptomer. Og om pasienter får tilstrekkelig informasjon under innleggelse på sykehus, fra helsepersonell.</p>	<p>Kvalitativ studie gjennomført på kardiologisk avdeling på sykehus i Australia. Deltakerne var 114 voksne pasienter innlagt på avdelingen, som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Pasientene fikk utdelt en spørreundersøkelse under innleggelsen om risikofaktorer for utvikling av koronarsykdom, og kunnskap om symptomer. Resultatene baserer seg på svarene fra undersøkelsen. Den samme undersøkelsen ble gjennomført 10 uker etter utskrivelse, for å se om kunnskapene</p>	<p>Flere pasienter innførte livsstilsendringer etter sykehusinnleggelsen, og holdninger og oppfatning rundt koronarsykdom forbedret seg. Men mer enn en tredjedel av deltakerne hadde utilstrekkelig kunnskap om symptomer på koronarsykdom ved utskrivelse, noe som kunne tyde på at pasientopplæringen og informasjonen gitt på sengepost av sykepleiere ikke var tilstrekkelig, og ikke møtte pasientens</p>	<p>Studiet omfatter pasientgruppen problemstillingen omhandler. Og viser til pasienters behov for informasjon fra sykepleiere, og hvor viktig dette kan være med tanke på å oppdage symptomer, og ha kunnskap om risikofaktorer. Studiet viser også at pasientinformasjonen som blir gitt kan være utilstrekkelig. Dette kan påvirke pasientens vei inn i rehabilitering og mulig livsstilsendringer som blir gjennomført, eller ikke gjennomført.</p>

		hadde endret seg.	individuelle behov.	
<p><b>G)</b>  <b>Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J.-H., Gleißner, C. A., Eich, W., &amp; Bieber, C. (2018). To change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. <i>Chronic Illness, 14(1), 25–41.</i></b></p>	<p>Hensikten med studiet var å undersøke faktorer relatert til livsstilsendring hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt. I tillegg til å høre hvordan pasientene opplevde innleggelsen, og hva de mente skulle til for å endre livsstil, og klare å holde på endringen i framtiden.</p>	<p>Kvalitativ studie gjennomført i Tyskland. Deltakerne var 21 pasienter som nylig hadde gjennomgått et hjerteinfarkt. Pasientene ble intervjuet etter utskrivelse fra sykehus, og samtalene tatt opp på lydopptak. 13 menn og 8 kvinner mellom 38-79 år deltok.</p>	<p>Livsstilsendringer etter hjerteinfarkt var påvirket av en rekke individuelle psykiske, fysiske og sosiale faktorer hos disse pasientene. Det innebærer både hemmende og tilretteleggende faktorer for livsstilsendring. Ifølge studiet burde informasjon, veiledning og tilbakemelding være mer individuelt tilrettelagt og tilpasset faktorer hos den enkelte pasient. Med mer inkludering av pårørende, der det er aktuelt. Dette kunne ifølge pasientene øke motivasjonen for endring, og gjøre det mulig å opprettholde endringen.</p>	<p>Studiet omhandlet pasientgruppen i problemstillingen, og forklarte hva som var viktig for pasienter som nylig hadde opplevd et hjerteinfarkt. Studiet fokuserte ikke på MI, men blir sett på som relevant for problemstillingen, da det omhandlet pasienters opplevelse og behov under innleggelse på sykehus. Studien kan vise at det er hensyn som burde tas av sykepleiere i samtaler og behandling av denne type pasient.</p>

## 3.2. Sammenfatning av resultater

### 3.2.1. Effekten av motiverende intervju på livsstilsendring

Studier viste at MI kan ha effekt på livsstilsendringer (Bredie et al., 2011; Brobeck et al., 2011, 2014; O'Brien et al., 2014). To av artiklene var randomiserte kontrollstudier der deltakerne var delt i to grupper, en kontrollgruppe og en tiltaksgruppe. I den ene studien deltok 1136 pasienter som hadde vært innlagt på sykehus med akutt koronarsykdom. Målet var å se hvordan individuelt tilpasset informasjon og veiledning kunne påvirke pasientenes kunnskaper, holdninger og oppfatninger om sykdommen. I den andre studien deltok 112 personer med påvist hjertesykdom, eller som var i risiko for å utvikle hjertesykdom, som røyket. Både kontrollgruppen og tiltaksgruppen fikk standard informasjon under innleggelsen på det aktuelle sykehuset, men tiltaksgruppen fikk i tillegg 40 minutter individuelt tilpasset informasjon og veiledning. I den andre studien ble begge pasientgruppene screenet for risikofaktorer knyttet til livsstil, i tillegg fikk halvparten individuell veiledning og oppfølging fra sykepleiere. Veiledningen ble gitt med bruk av MI i begge studiene. Resultatene viste at flere deltakere i tiltaksgruppen sluttet å røyke, eller reduserte antall sigaretter per dag, enn i kontrollgruppen. I den andre artikkelen økte kunnskapene om risikofaktorer og symptomer også mest hos pasientene som hadde fått informasjon ved hjelp av MI (Bredie et al., 2011; O'Brien et al., 2014). En studie viste til pasientenes ønsker ved bruk av MI. Pasientene stilte en rekke krav til sykepleiere ved gjennomførelse av metoden, resultatet viste at dersom disse blir møtt kan MI være med på å styrke pasientens selvbestemmelse, og dermed være med på å skape livsstilsendring (Brobeck et al., 2014). Sykepleierne ble i en annen studie intervjuet om sine erfaringer med bruk av MI. Sykepleierne mente at teknikken økte motivasjon både i grupper og individuelt, og at de følte en betraktelig forskjell fra andre metoder. Pasientene klarte å ta steg videre mot livsstilsendring når de så at metoden fungerte. Selv om pasienten ikke var klar til å gjøre livsstilsendringer der og da, så kunne MI hjelpe dem å komme et steg nærmere endring (Brobeck et al., 2011).

### 3.2.2. Manglende informasjon

En av artiklene gjennomførte spørreundersøkelser med pasienter som nylig hadde gjennomgått akutt hjerteinfarkt. Deltakerne ble spurt en rekke spørsmål om kunnskap, holdninger og oppfatninger rundt sykdommen. Undersøkelsen ble utført rett før utskrivelse fra sykehuset, og på nytt etter 10 uker for å se etter endringer. Resultatet viser at på sykehuset hadde 39% av pasientene betraktelige mangler i kunnskap om symptomer. Dette antallet sank til 32% ved oppfølgingsundersøkelsen. En grunn til dette kunne være at flere av pasientene hadde deltatt på rehabilitering etter hjerteinfarkt. Selv om 95% av pasientene fikk informasjon av flere ulike helsepersonell, var det kun 56% som husket hva som ble sagt under opplæringen (Boyde et al., 2015). I en annen studie trekkes manglende informasjon og kunnskap fram som en hindring ved livsstilsendring etter akutt hjerteinfarkt. Pasientene mente det var nødvendig å ha kunnskap om sykdommen, hva som forårsaket den, og hvordan de kan forhindre nye infarkter. Halvparten av pasientene var ikke sikre på grunnen til at de hadde fått hjerteinfarkt, og flesteparten ønsket mer informasjon. I denne artikkelen kommer det

også fram, slik som i førstnevnte, at noen av pasientene hadde problemer med huske informasjonen gitt på sykehuset (Boyde et al., 2015; Nicolai et al., 2018). En tredje artikkel hadde også samsvarende resultater, og viste at i kontrollgruppen, som kun fikk standardisert informasjon under sykehusinnleggelsen, ble kunnskapen redusert over tid. Dette var i motsetning til pasientene som mottok individuelt tilpasset informasjon og veiledning (O'Brien et al., 2014).

### 3.2.3. Sykepleiers erfaringer

Flere studier trakk fram erfaringer fra sykepleiere som arbeider med MI, og behovet for å opprettholde ferdigheter i teknikken (Brobeck et al., 2011; Dobber et al., 2019). Artikkelen til Brobeck fra 2011 hadde søkelys på sykepleiere sin opplevelse av å bruke MI. 20 sykepleiere som brukte metoden i forebyggende arbeid, ble intervjuet. Her kom det fram at sykepleiere oppfatter MI som både nyttig, og givende i arbeid med å motivere til livsstilsendringer, og at sykepleierne var fornøyde med teknikken. Imidlertid kom det også fram at det var krevende å opprettholde MI, og at de raskt kunne falle tilbake til gamle vaner, der MI ble glemt og det kun ble gitt råd. Sykepleierne nevnte flere viktige punkter for å utføre MI på best mulig måte i praksis. De trakk fram at profesjonell erfaring kunne gjøre det lettere å bruke metoden, da de ofte er tryggere i møte med pasienten. Det å vise egen interesse og motivasjon for å utføre metoden ble nevnt, da mangel på dette kunne føre til at metoden utgikk. Studiet viste at respekt og forståelse mellom sykepleier og pasient var viktig for deltakerne, og at aktiv lytting og respekt for pasientens egne valg var nyttig. Sykepleierne var klar over at livsstilsendring tok lang tid, og at det kunne ødelegge prosessen dersom pasienten følte seg presset til å ta et valg. På grunn av dette måtte det settes av god tid til MI, noe som kunne sees som en ulempe for sykepleierne, men var til pasientens beste (Brobeck et al., 2011). Begge trakk fram viktigheten av trening for å opprettholde kunnskaper om MI, og viste at opplæring og tilbakemelding for å bedre kunnskapen blant sykepleiere har effekt. De fleste sykepleierne som deltok, gikk fra å kunne benytte seg av MI i liten grad i samtaler til å bruke det på en tilstrekkelig måte. I artikkelen kom det også fram problemer sykepleierne kunne møte på under samtalene, og hva som burde gjøres. Her viste resultatene at refleksjon var viktig, fremfor å kun stille spørsmål. Sykepleier burde bekrefte og styrke pasientens følelse av å være i kontroll over eget liv, og livsstilsvalg. Og til slutt at ambivalens burde reflekteres rundt og utforskes, uten å dømme pasienten for å være i tvil (Brobeck et al., 2011; Dobber et al., 2019).

### 3.2.4. Pasientenes erfaringer

To artikler tok for seg pasientenes erfaringer rundt livsstilsendringer (Brobeck et al., 2014; Nicolai et al., 2018). En av de gjennomførte intervjuer med 16 pasienter som hadde deltatt på MI med sykepleiere om livsstilsendring. Resultatene viste at pasientene stilte visse krav ved gjennomføringen av MI, for at pasientene skulle finne mening i samtalene, og muligens gjennomføre endringer. Pasientene ønsket at det ble dannet en relasjon mellom seg og sykepleier, og at sykepleierne skulle være til stede og lytte aktivt. Pasientene ønsket noen de kunne stole på og åpne seg for, som ikke presset de til endring. Men som støttet og bygde opp under selvbestemmelsen deres. For at pasientene skulle føle seg trygge, ville de at sykepleier skulle bekrefte at de var på riktig vei, og ikke gi dem skyldfølelse for valgene de tok, som ikke alltid var like

helsefremmende. Sykepleierne burde også oppmuntre pasienten til å ta eget initiativ i samtalen og i endringsprosessen. Ikke kritisere eller fortelle pasienten hva som var lurt å gjøre, men heller lytte og gi et annet perspektiv på problemet, slik at pasienten så saken fra en annen side. En forutsetning var at sykepleierne skulle være engasjerte i situasjonen og hjelpe dem på riktig vei. Noen søkte også støtte fra sykepleier, som de ikke følte de fikk fra familie og venner, da familien ofte ønsket endring raskere og kritiserte valgene de tok. Dette kom fram som nødvendig for at samtalene skulle føre til livsstilsendring hos pasientene (Brobeck et al., 2014).

Den siste artikkelen tok for seg pasienters erfaringer fra sykehusinnleggelse etter et akutt hjerteinfarkt, og hva de trengte for å kunne gjennomføre livsstilsendringer i tiden etterpå. 21 pasienter som nylig hadde gjennomgått et akutt hjerteinfarkt ble intervjuet om sine opplevelser etter innleggelsen, og sine behov og holdninger knyttet til livsstilsendring. 13 menn og 8 kvinner mellom 38-79 år fullførte intervjuene, og det kom fram en rekke sosiale, fysiske og psykiske behov som kunne hjelpe eller forhindre forandring. Komorbiditet og fysiske funksjonshemninger var negative faktorer for at pasienten skulle øke sin fysiske aktivitet, mens positiv tilbakemelding kunne øke selvtilliten og dermed motivasjonen. Etter hjerteinfarkt var det flere pasienter som brukte tid på å reflektere rundt opplevelsen, og så på hendelsen som et tegn på behov for livsstilsendring. Selvdisiplin og evnen til å motivere seg selv var også med på å tilrettelegge for endring, mens usikkerhet rundt egen helse var en hindring. Under sosiale behov var støtte, profesjonell hjelp og tilbud om rehabilitering med på å tilrettelegge, mens press fra familie, og manglende støtte i endring av livsstil kunne hindre framgang (Nicolai et al., 2018).

## 4. Diskusjon

### 4.1. Innledning

I diskusjonskapittelet drøftes resultatene opp mot bakgrunnskunnskap og teori, etterfulgt av diskusjon rundt styrker og svakheter ved oppgaven. Til slutt oppsummeres oppgaven i henhold til problemstillingen og implikasjoner for sykepleie i konklusjonen.

Opgavens problemstilling er formulert som følger:

*«Hvordan kan sykepleier gjennom motiverende intervju bidra til livsstilsendringer hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt?»*

### 4.2. Drøfting

#### 4.2.1. Mangelfull informasjon

Forskningsartikler viste at pasienter utskrevet fra sykehus hadde manglende kunnskaper, og feil holdninger og oppfatninger rundt egen hjertesykdom (Boyde et al., 2015; O'Brien et al., 2014). Usunn livsstil kan øke risikoen for hjerteinfarkt (Mæland, 2006), men pasienter kan ha problemer med å forstå denne sammenhengen. For at en pasient skulle endre seg, og opprettholde forandringen, var det nødvendig med kunnskap om sykdommen, og hva som forårsaket den. Det kunne gjøre det lettere for pasientene å unngå livsstilsvalg som medbrakte økt risiko for tilbakefall (Nicolai et al., 2018). De forskjellige nivåene av helseinformasjonsforståelse viser at personer har ulike utgangspunkt når det gjelder å forstå informasjon og råd fra helsepersonell angående sin egen helse. Sykepleiere tror ofte at pasienter forstår mer enn de egentlig gjør (Kristoffersen, 2016). Dette kom fram i en av studiene, som viste at pasientenes evne til å tilegne seg kunnskap under innleggelsen kan være begrenset. Flere deltakere i studien hadde problemer med å huske hendelser på sykehuset (Nicolai et al., 2018). På den ene siden kan det være en utfordring at pasientene har problemer med å forstå informasjon. På den andre siden kan måten informasjonen blir gitt på også påvirke utfallet. I to randomiserte kontrollerte studier ble MI brukt i tiltaksgruppene for å formidle informasjon, og ved samtaler om livsstilsendring. Målet i den ene studien var å øke kunnskap, og den andre omhandlet røykeslutt. Samtalene ble gjennomført av sykepleiere, og hadde en mer individuelt tilpasset form enn den standardiserte informasjonen gitt på sykehus, og sykepleierne brukte MI. Resultatene viste at flere i tiltaksgruppene enn i kontrollgruppene økte kunnskaper, det samme gjaldt pasientene som sluttet å røyke. Studiene viste at individuelt tilpasset informasjon sammen med MI, kan være med på å øke kunnskapsnivået om blant annet symptomer og risikofaktorer hos pasientene (Bredie et al., 2011; O'Brien et al., 2014). Kunnskap om risikofaktorer kan i følge Boyde et al. (2015) føre til at pasienten gjennomfører livsstilsendring, ofte knyttet til økt fysisk aktivitet, vektnedgang, kosthold og stresshåndtering (Boyde et al., 2015).

#### 4.2.2. Sykepleiere og pasienters erfaringer

Under MI er pasienten i fokus og skal finne en indre motivasjon til å utføre endringer. Det kreves mye av pasienten, men det er sykepleier som er den profesjonelle hjelperen og tilrettelegger (Miller & Rollnick, 2016). Brobeck et al. (2014) viste til hva pasientene ønsket fra sykepleier for gjennomføringen av MI. Pasientene ville at sykepleier var til stede, og lyttet aktivt til problemene deres, for å kunne være støttende i prosessen mot endring (Brobeck et al., 2014). Sykepleierne i Brobeck et al. (2011) hadde lignende tanker, og trakk fram viktigheten av at sykepleierne viste interesse, lyttet og selv var motiverte for å bruke metoden. Dersom deres egen motivasjon var på plass, ble det lettere å involvere seg i pasientens liv og problemer, og MI ble brukt i større grad (Brobeck et al., 2011, 2014). Nicolai et al. (2018) omhandler også hvilke behov pasientene hadde for å kunne gjennomføre livsstilsendring. I tillegg til hva som kunne være hindringer. I artikkelen ble ikke MI brukt, men resultatene trakk fram flere lignende punkter som i Brobeck et al. (2011, 2014). Blant annet behov for positiv tilbakemelding og støtte fra sykepleier for å kunne øke selvtilliten, og dermed motivasjonen til endring (Nicolai et al., 2018). Støtte og tilbakemelding var nevnt som grunnferdigheter i kommunikasjon i den praktiske utførelsen av MI. Det krevde en grunnleggende respekt og anerkjennelse for pasientens styrker fra sykepleiers side, i tillegg til motivasjon og vilje fra pasienten selv (Miller & Rollnick, 2016). Et annet punkt som ble trukket fram av pasientene var å ikke føle seg presset til endring, eller kritisert dersom de gjorde valg som ikke nødvendigvis var helsefremmende. Om dette skjedde, kunne det føre til at pasientene følte seg mislykket og sluttet med MI sammen med sykepleier (Brobeck et al., 2014). Dette samsvarte med sykepleiernes syn, som sa at det ikke var deres oppgave å fortelle pasienten hva han skulle gjøre, det skulle komme fra pasienten selv. De skulle heller ikke kritisere dersom endringer ikke fungerte, eller pasienten falt tilbake til gamle vaner, men heller se på det som læring (Brobeck et al., 2011).

Funn i artiklene viste at sykepleiere trengte profesjonell erfaring, trening og muligheter til å praktisere MI for at det skulle bli mest mulig effektivt. Sykepleiere hadde et eget ansvar for å opprettholde kunnskaper og ferdigheter i MI, og flere sykepleiere mente at MI ikke var mulig å kun lese seg til, det måtte også trenes på (Brobeck et al., 2011). Dette var i samsvar med Dobber et al. (2019), der sykepleierne hadde god effekt av trening, veiledning og tilbakemelding på bruk av MI. Flertallet av deltakerne gikk fra å bruke MI i liten grad, til å bruke det tilstrekkelig i samtaler med pasientene etter oppfølgingen (Dobber et al., 2019). Dersom sykepleiere ikke hadde kunnskap eller fikk trent på teknikken kunne de raskt falle tilbake til gamle vaner med å kun informere, og ikke motivere. Et uheldig resultat av dette kunne være økt tendens til å korrigere pasientens valg, og å komme med løsninger (Brobeck et al., 2011). Det var viktig at sykepleiere ikke korrigerer pasienten og presset på sine egne råd om hva som var riktig. Det kunne føre til at pasienten trakk seg tilbake, og mistet motivasjon. Dersom MI blir gjennomført etter Miller og Rollnick (2016) sin beskrivelse, skal ikke pasienten korrigeres, men sykepleier skal få pasienten til å selv forstå behovet for forandring. Ifølge metoden, burde heller ikke sykepleierne gi råd under MI med mindre pasienten har kommet til planleggingsfasen i prosessen, eller dersom pasienten selv ber om det. Da skal rådene kun være forslag, ikke fasitsvar eller belærende kommentarer (Brobeck et al., 2014; Miller & Rollnick, 2016).



### 4.2.3. Relasjon

I artikkelen som omhandlet pasienters erfaringer med bruk av MI, ble det nevnt flere viktige hovedpunkter. Dersom pasienten opplevde et godt forhold til sykepleier, følte de seg tryggere og kunne åpne seg mer opp om problemene. Denne relasjonen mellom sykepleier og pasient kunne bygge opp under pasientens selvbestemmelse, og var nødvendig for å tilrettelegge for endring (Brobeck et al., 2014). Sykepleierne så det samme behovet, og før de kunne bygge et meningsfullt forhold til pasienten var det viktig å ha respekt og forståelse for personens situasjon. Det var nødvendig å lytte aktivt, og ikke stille høye krav, men vise respekt for valgene pasienten selv tok (Brobeck et al., 2011). I Joyce Travelbee sin sykepleieteori snakker hun om menneske-til-menneske-forholdet, og relasjonen som bygges mellom sykepleier og pasient. Ifølge teorien er det sentralt at partene ikke ser på hverandre som «sykepleier» og «pasient», men heller som individer utenfor de satte rollene. Det gjør at det kan dannes en reel og meningsfull kontakt mellom sykepleier og pasient, uten stereotypier og forutfattede meninger (Travelbee, 2001). Miller og Rollnick (2016) sin bok er motiverende intervju inndelt i fire prosesser; engasjere, fokusere, framkalle og planlegge. I den første delen, engasjere, trekkes også viktigheten av relasjonen mellom hjelper og mottaker fram. For at pasienten skal kunne åpne seg opp om sine problemer og tanker, er det nødvendig at det er en relasjon i bunnen. Med dette grunnlaget kan et engasjement ha startet i pasienten, og det er mulig å bevege seg videre i prosessen mot endring (Miller & Rollnick, 2016).

### 4.2.4. Tidsbruk

Tidsbruk var noe både sykepleiere og pasientene trakk fram som et sentralt moment i arbeid med livsstilsendringer. «En stor fordel for pasientene var at sykepleieren var til stede og tok seg tid til å lytte nøye til problemene deres» (Brobeck et al., 2014, s. 3). Dette utsagnet kom fra en pasient som fikk oppfølging av sykepleiere som arbeidet med helsefremming og forebygging i primærhelsetjenesten, og ikke fra spesialisthelsetjenesten (Brobeck et al., 2011). Med årene har innleggelsestiden på sykehus blitt kortere, og pasienter som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt blir ofte liggende på sykehus i få dager. Dette gir sykepleiere mindre tid til å informere og veilede pasientene. På den ene siden er det viktig at pasienter raskt får informasjon om hjerteinfarkt, behandling, videre forløp, risikofaktorer og symptomer, men på den andre siden har pasienten gjennomgått en traumatisk opplevelse. Akutt hjerteinfarkt kan føre til angst, fatigue og dårlig helseinformasjonsforståelse (Boyde et al., 2015). I Brobeck et al. (2011) kommer det fram at sykepleierne var klar over at livsstilsendring var en langvarig prosess, og at pasientene trengte tid for å endre atferd. Tiden som kreves for å gjennomføre MI kunne bli sett på som en ulempe av sykepleierne (Brobeck et al., 2011). Egne erfaringer har vist at hverdagen som sykepleier kan være stressende, og ansvar for flere pasienter kan føre til tidspress. Det er viktig at sykepleier ikke presser pasientene til å ta raske beslutninger, selv om de kan ha dårlig tid. Sykepleierne kunne bli for ivrige når pasienten bevegde seg inn i planleggingsfasen av MI, og forsøke å overtale personen til å foreta endringene før de var klare. Et resultat av dette kan være at pasienten trekker seg tilbake og benekter behov for endring, som vil forlenge endringsprosessen og kreve mer tid. (Brobeck et al., 2011; Miller & Rollnick, 2016). Dersom sykepleiere frastår fra å presse pasientene til endring, viste forskningsartikler at veiledning ved hjelp av MI-metoden, i tillegg til standard informasjon, kunne gi bedre forståelse av informasjonen som blir gitt. En artikkel viste at flere personer som røykte,

og var i risiko for å utvikle hjertesykdom, sluttet etter de fikk veiledning med MI. Personene fikk en samtale på sykehuset, og to telefonsamtaler som oppfølging. Gjennomsnittlig tid brukt på hver pasient som sluttet var 3,8 timer. Dette kan være problematisk for sykepleiere å sette av tilsvarende tid under en kortere sykehusinnleggelse (Bredie et al., 2011). Men det kan tyde på at MI har effekt på noen områder, selv om det var gjennomført over kortere tid. Og at det kan sette i gang en prosess som gjør at pasienten blir klar over et behov for endring, selv om livsstilsendringene ikke blir gjennomført under innleggelsen (Brobeck et al., 2011; O'Brien et al., 2014).

### 4.3. Styrker og svakheter

En svakhet ved oppgaven var at alle syv artikler inkludert i litteraturstudien var på engelsk. Det er derfor mulig at oversettelser kan være noe upresise, og dermed forårsake misforståelser og feiltolkninger av innholdet.

Opgaven var ikke avgrenset til en spesiell institusjon eller del av helsevesenet der sykepleiere arbeider. Det ble derfor inkludert studier fra både sengepost på sykehus og fra helsefremmende arbeid i primærhelsetjenesten. I starten var planen å kun fokusere på pasienter innlagt på sengepost, men det var lite forskning på dette og MI. Det er fordi MI er en tidkrevende prosess, som hovedsakelig blir brukt i forebyggende arbeid og rehabilitering, men er også mulig å starte prosessen under korte innleggelser på sykehus.

To av de inkluderte artiklene omhandlet ikke bruk av MI, men ble vurdert som aktuelle for problemstillingen da de tok for seg livsstilsendringer etter hjerteinfarkt, og hvorvidt pasientene hadde fått nødvendig informasjon. Artiklene ble vurdert til å kunne bygge opp under diskusjonen, da de viste til den spesielle situasjonen pasientene med hjerteinfarkt befinner seg i. Det var også flere av artiklene som ikke fokuserte direkte på hjerteinfarkt, men på behov for livsstilsendringer ved blant annet diabetes og alkoholisme. Det var også inkludert artikler med deltakere som hadde behov for MI for forebyggende og helsefremmende endringer. Disse pasientene hadde ikke nødvendigvis gjennomgått et hjerteinfarkt, men kunne være i risiko for å utvikle det. Ved bruk av kun hjerteinfarkt som søkeord kom det opp for få artikler, det ble derfor utvidet til iskemisk hjertesykdom eller koronarsykdom. Selv om hjerteinfarkt ikke var med i artiklene, var mange av funnene relevante for oppgaven, og innholdet viste at MI brukes på mye av den samme måten uavhengig av hvilke livsstilsendringer det innebærer.

En styrke med oppgaven var at alle artiklene ble publisert mellom 2011-2019, som vil si at forskningen var forholdsvis oppdatert. De inkluderte studiene ble gjennomført i Nederland, Irland, Australia, Sverige og Tyskland, som alle har en viss overførbarhet til det norske helsevesenet. I tillegg var mye av faglitteraturen hentet fra pensum, og har dermed et sykepleiefaglig fokus.

Artiklene inkludert var hovedsakelig kvalitative, og som nevnt i metoddelen, var det gunstig for denne oppgaven da de har hovedvekt på opplevelser, meninger og erfaringer. Oppgaven hadde som formål å utforske på hvilken måte sykepleiere kan motivere pasienter ved hjelp av MI, og det var dermed nyttig å få med pasienter og sykepleieres erfaringer knyttet til bruk av metoden. To av artiklene var av kvantitativt design, og

randomiserte kontrollstudier, som sammenlignet kontroll- og tiltaksgrupper. Artiklene ble inkludert da de viste ved hjelp av målbare data hvilken effekt tiltaket har på studiets deltakere.

#### 4.4. Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hva som var viktige faktorer for sykepleiere ved bruk av motiverende intervju, for å kunne øke pasientenes motivasjon for livsstilsendringer etter hjerteinfarkt. Resultatene viste at pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt kunne ha mangelfull informasjon om symptomer og risikofaktorer knyttet til sykdommen. Økt kunnskaper kan være med på å motivere til endring, da pasienten selv blir klar over hvilke valg som er helseskadelige, og hvilke som er helsefremmende. Mange av pasientene hadde under innleggelsen problemer med å forstå og huske informasjonen som ble gitt. Artiklene viste at det kan være på grunn av dårlig nivå av helseinformasjonsforståelse, men også på grunn av belastningen et akutt hjerteinfarkt medbringer. Det er viktig at sykepleiere er klar over at pasientene kan ha problemer med å forstå, og forskningen viser at individuelt tilpasset informasjon kan hjelpe denne pasientgruppen. Det samme gjelder bruk av MI, som kan være med på å øke kunnskaper, og dermed gi et bedre utgangspunkt for pasientene når det kommer til endring av livsstil.

I resultatene kom det fram at pasienter har en rekke krav og ønsker fra sykepleiere når det kommer til gjennomføringen av MI. De mente det var viktig at sykepleierne var til stede, lyttet aktivt, ga positive tilbakemeldinger og støttet dem gjennom prosessen. Dette kan være viktige faktorer som kan forbedre arbeidet med MI. Sykepleierne burde ikke dømme, belære eller gi unødvendige råd, fordi dette kunne føre til at pasienten trakk seg tilbake, og dermed ikke gjennomførte viktige livsstilsendringer. Resultater viste også at for best mulig gjennomførelse av MI burde sykepleierne opprettholde kunnskaper og ferdigheter, i tillegg til å få øvd på teknikken i praksis. Dette kan sykepleiere gjøre gjennom kurs, eller veiledning og tilbakemelding fra andre på bruk av teknikken. Det at sykepleierne hadde riktige kunnskaper og brukte teknikken på riktig måte viste seg å ha utbytte både for sykepleier, og for pasienten. Men for å kunne komme i gang med MI og motivere til livsstilsendring var det viktig at sykepleiere og pasienten hadde en relasjon, som begge så på som gjensidig viktig. Sykepleierne har som oppgave å bygge opp denne relasjonen, og holde den ved like så lenge det er behov. Relasjonen kan hjelpe pasienten å åpne seg opp om sine problemer, og innse et behov for forandring.

Studiene viste at å utføre MI kunne være krevende for sykepleierne, da livsstilsendring er en langvarig og tidkrevende prosess. Det kan by på utfordringer for sykepleiere på sykehus, i en stressende hverdag. Tidsbegrensningen burde ikke gå på bekostning av pasientene, som ved at sykepleierne prøver å presse de til raskere endring. Det er ikke nødvendigvis realistisk at sykepleier klarer å motivere til store livsomveltende endringer på sykehus. Men MI kan ha positiv effekt på formidling av informasjon, slik at pasientene får økt forståelse, og være med på å føre pasienten på vei mot helsefremmende livsstilsendringer.

# Referanser

- Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., Jiggins, L., & Aitken, L. (2015). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? *Australian Critical Care*, 28(3), 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.05.003>
- Bredie, S. J. H., Fouwels, A. J., Wollersheim, H., & Schippers, G. M. (2011). Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for Smoking Cessation in High Risk Cardiovascular Outpatients: A Randomized Trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 174–179. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.06.003>
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3322–3330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>
- Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: A qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 13–13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dobber, J., Latour, C., Snaterse, M., van Meijel, B., ter Riet, G., Scholte op Reimer, W., & Peters, R. (2019). Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 18(1), 28–37. <https://doi.org/10.1177/1474515118784102>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22–26.
- Folkehelseinstituttet. (2020, 16. januar). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2018, 5. mars). *Forebygging av hjerte- og karsykdom*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom>
- Helsedirektoratet. (2020, 3. Desember). *Statistikk*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport/statistikk>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Ad notam Gyldendal.

- Lee, W. W. M., Choi, K. C., Yum, R. W. Y., Yu, D. S. F., & Chair, S. Y. (2016). Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 331–341. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.010>
- Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Gyldendal akademisk.
- Malt, U. (2019). Ambivalens. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/ambivalens>
- Martins, R. K., & McNeil, D. W. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical psychology review*, 29(4), 283–293. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.001>
- Milio, N. (1986). *Promoting Health Through Public Policy*. Eweb:35491. <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/1033001>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: Støtte til endring*. Fagbokforlaget.
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2. utg.). Høyskoleforlaget.
- Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J.-H., Gleißner, C. A., Eich, W., & Bieber, C. (2018). To change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic Illness*, 14(1), 25–41. <https://doi.org/10.1177/1742395317694700>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Nylenna, M. (2020). Livsstilssykdommer. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/livsstilssykdommer>
- O'Brien, F., McKee, G., Mooney, M., O'Donnell, S., & Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 179–187. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.022>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- Universitetet I Oslo. (2020, 4. august). *Publikasjonskanaler, nivåer og poeng*. <https://www.uio.no/for-ansatte/arbeidsstotte/fa/publisering/etter-publisering/cristin/kanaler-nivaer/>
- Wyller, V. B. B. (2019). *Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4.utg.). Cappelen Damm.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 937–952. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

Kristoffersen, N. J. (2016). Livsstil og endring av livsstil. I G.-H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 295-348). Gyldendal akademisk.



